



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2007

Die Berner Ressourcen-Taskforce: Ein Praxis-Forschungs-Netzwerk zur Erkundung erfolgreicher Wirkfaktor-Muster

Flückiger, Christoph ; Regli, D

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-87006>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Flückiger, Christoph; Regli, D (2007). Die Berner Ressourcen-Taskforce: Ein Praxis-Forschungs-Netzwerk zur Erkundung erfolgreicher Wirkfaktor-Muster. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 39(2):307-320.

Die Berner Ressourcen-Taskforce: Ein Praxis-Forschungs-Netzwerk zur Erkundung erfolgreicher Wirkfaktor-Muster

Christoph Flückiger & Daniel Regli

Zusammenfassung: In den letzten Jahren wurde die Wichtigkeit einer verstärkten Ressourcenorientierung in den traditionellerweise akzentuiert problemorientierten Interventionskonzepten betont. Dies schlägt sich insbesondere im deutschsprachigen Raum in einer verstärkten Verwendung des Ressourcen-Begriffs in der Fachliteratur nieder. Die Berner Forschungsgruppe hat dazu entscheidende theoretische und empirische Impulse geleistet. Der vorliegende Text gibt einen zusammenfassenden Überblick über den Stand der empirischen Befundlage innerhalb und außerhalb der Arbeitsgruppe mit Fokus auf Ergebnisse aus der Prozessforschung.

Schlüsselwörter: Ressourcenaktivierung, Prozess-Outcome-Forschung, Wirkfaktoren, Interventionsheuristiken

The Bernese Resource Task Force: A Practice Research Network for the Exploration of Effective Patterns of Principles of Change

Summary: In the past years the importance of a fostered mindfulness on patients' strengths within traditionally problem focused intervention concepts are highlighted. Especially in German speaking countries, „resource“ as a professional term is used more frequent. The Bernese research group achieved to give vital impulses to this research domain. The presented article gives a recapitulatory overview of the empirical findings inside and outside of the research group with focus on process-outcome-research.

Keywords: Activation of patient's resources, Process-outcome-research, curative factors, principles of change

As therapists have depended more upon the client's resources, more change seems to occur.

(Bergin & Garfield, 1994, S. 826)

Die Berner Forschungsgruppe¹ hat sich in den letzten Dekaden im deutschsprachigen Raum zu einem Kompetenzzentrum für Prozess-Outcome-Forschung entwickelt und hat bei der empirischen Erforschung ressourcenaktivierender Interventionen zentrale Beiträge geleistet (Orlinsky, Rönnestad & Willutzki, 2004). Im Rahmen dieser Berner Ressourcen-Taskforce wurde der psychotherapeutische Prozess auf Stundenebene und mit feinmaschigen Videoanalysen untersucht, die Funktion ressourcenakti-

vierender Interventionen genauer beschrieben und mit anderen erfolgsrelevanten Wirkmechanismen in Beziehung gesetzt. Der vorliegende Text soll einen zusammenfassenden Überblick über die aktuelle empirische und theoretische Auseinandersetzung mit dem Wirkfaktor *Ressourcenaktivierung* geben.

(1) Hinweise zur Wirksamkeit ressourcenorientierter Interventionen

1.1 Ressourcenorientierte Forschungstraditionen

In der Psychotherapieforschung findet der Ressourcenbegriff insbesondere im deutschsprachigen Raum vermehrt Beachtung. Ressourcen sind in der Psychologie und der Psychotherapie in den letzten Jahren zu einem vielfach diskutierten, ja geradezu zu einem Modethema geworden (vgl. Willutzki, 2003; Schemmel & Schaller, 2003). In einer eigenen Li-

¹ Dieser Text entstand in Teilen vor dem schmerzlichen Ableben von Prof. Dr. Klaus Grawe; der Ausdruck *Berner Forschungsgruppe* wurde von ihm geprägt (Grawe & Flückiger, 2005).

teratursuche wurden die Suchbegriffe *psychotherapy* und *resource* (r) bzw. *psychotherapy* und *problem* (p) in verschiedene Fachdatenbanken eingegeben. Die Begriffssuche umfasste die Publikationstitel, die Namen der Zeitschriften sowie die Abstracts. Es wurden folgende Treffer gefunden: *Medline* (Medizin international: 1 557 p vs. 114 r), *Psychinfo* (Psychologie international: 4 919 p vs. 516 r) und *Psyn dex* (Psychologie deutschsprachig: 1 333 p vs. 144 r). Bei der *Medline* ist in den letzten 15 Jahren eine kontinuierliche Angleichung der beiden Begriffspaare festzustellen. Bei *Psychinfo* pendelt sich das Verhältnis von „Problemen“ zu „Ressourcen“ Mitte der Achtzigerjahre relativ konstant um die fünf zu eins ein. Im deutschen Sprachraum gab es zwischen 1980 und 1990 acht Jahrgänge, in denen „Ressource“ sowohl in den Titeln als auch in den Abstracts kein einziges Mal verwendet wurde. Interessanterweise ist hier zu Beginn der Neunzigerjahre eine starke Angleichung der beiden Begriffspaare festzustellen, die am Ende des Jahrtausends in einem Verhältnis von drei zu eins resultiert (vgl. Abbildung 1). Bei näherer Analyse der einzelnen Ressourcen-Artikel sind darunter allerdings nur wenige empirische Arbeiten zu finden, insbesondere was experimentelle Studien betrifft (vgl. auch Orlinsky, Rönnestad & Willutzki, 2004).

Es lassen sich verschiedene therapeutische Ansätze ausmachen, die auf die Förderung des positiven Erlebens von Patienten ausgerichtet sind (Baudis, 1997; Fava, 1999; Frank, 1974; Frank, Vaitl & Walter, 1995; Grawe, 1998, 2004; Lopez, Floyd, Ulven & Snyder, 2000; Lutz, 1996; Nestmann, 1996; Petzold, 1997; Reinecker, 1995). Mit dem Ressourcenbegriff werden die unproblematischen, proaktiven Mittel des Patienten, die zur unmittelbaren Befriedigung von Grundbedürfnissen dienen, ins Zentrum der Betrachtungen gestellt (Grawe, 1998, 2004; Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Nestmann, 1996). Unter Ressourcenaktivierung als zentraler Wirkfaktor im Psychotherapieprozess wird der ipsative Möglichkeitsraum eines Patienten verstanden, der im Hinblick auf aktivierte (Therapie-) Ziele genutzt werden kann (Foppa, 1988; Willutzki, 2003; Grawe, 2004). Die hier verwendete Definition versteht Ressourcen somit innerhalb eines Mittel-Ziel-Relations-Modells, dessen zentrale Bestimmungsstücke sich in der Funktionalität und positiven Bewertung auszeichnen (Willutzki, 2003; Gutscher, Hornung & Flury-Kleuber, 1998).

In der Tradition der *Positive Psychology* wird ebenfalls auf das proaktive, zielorientierte Verhalten der Patienten besonders stark fokussiert (Lopez,

Floyd, Ulven & Snyder, 2000; Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Snyder & Taylor, 2002). Der Patient wird nicht ausschließlich als ein reaktives Wesen verstanden, das auf die Interventionen des Therapeuten reagiert, sondern er trägt aktiv – auch durch seine positiven Seiten – zum therapeutischen Geschehen bei, das wiederum vom Therapeuten erkannt und integriert werden kann. Die Vorteile eines breiten Ressourcenkonzeptes liegen darin, dass Ressourcen als therapeutische Perspektiventheorie (Foppa, 1984) im Sinne einer Such- und Findeheuristik atheoretisch in verschiedensten therapeutischen Situationen eingesetzt werden können. Ressourcenaktivierung stellt somit die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Patienten in den Vordergrund, die vom Therapeuten aufgedeckt oder erkannt und für die Ziele und die Bearbeitung von Problemen innerhalb der Therapie genutzt werden können. Die erfolgreiche Aktivierung von Ressourcen soll ein geeignetes Umfeld schaffen, in dem die problem- und störungsspezifischen Interventionen des Therapeuten besonders erfolgreich sein sollten (vgl. Grawe, 2004).

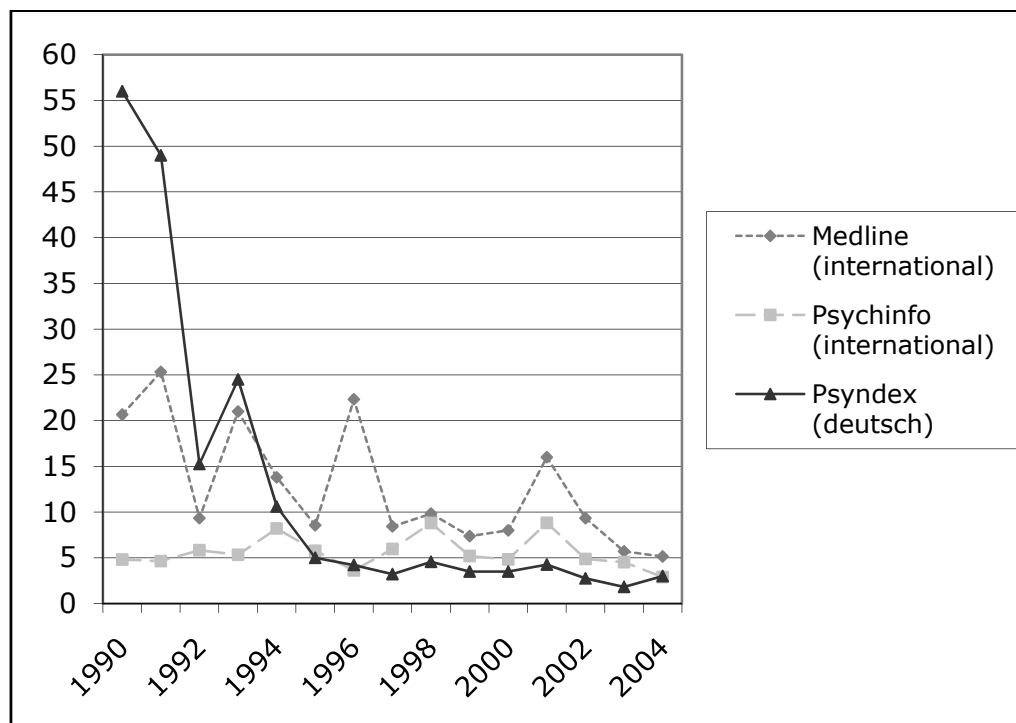
Für das Aufdecken individueller Ressourcen werden in der Psychotherapieforschung zwei Ansätze diskutiert:

- 1) Ressourcendiagnostik: Die Suche nach überdauernden Ressourcen, die für die Therapieplanung und im Therapieprozess genutzt werden können (vgl. z. B. Lutz, 1996; Schiepek & Cremers, 2003; Tröskén, 2002; Tröskén & Grawe, 2003; Willutzki, Koban & Neumann, 1998).
- 2) Therapeutische Interventionen: Die Postulierung von ressourcenorientierten, therapeutischen Vorgehensweisen, die im Therapieprozess eingesetzt werden können (vgl. De Shazer, 1997; Erickson, 1980; Flückiger & Grosse Holtforth, 2007; Grawe, 1998, 2004; Walther & Peller, 1994; Willutzki & Koban, 2004; Willutzki, Koban & Neumann, 1998; Fava & Ruini, 2003; Lopez et al., 2000).

Beim erstgenannten Ansatz werden die individuellen Ressourcen inhaltlich spezifiziert, beim zweiten wird nach geeigneten Verfahren gesucht, wie individuelle Ressourcen verstärkt prozessual im Therapieprozess genutzt werden können.

1.2 Ergebnisse zur differentiellen Indikation

Die positive Wirkung der Nutzung von patientenspezifischen Ressourcen wurde in den frühen neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts in verschiedenen Korrelationsstudien im Zusammenhang mit

Abbildung 1: Verhältnis von „resource“ und „problem“ als Begriffe in der Fachliteratur

Anmerkungen: Gebildeter Quotient: (problem + psychotherapy) / (resource + psychotherapy).

klassischen Therapieverfahren berichtet. Die nicht-direktive Gesprächspsychotherapie zeigte sich beispielsweise bei Patienten mit ausgeprägtem Autonomiebedürfnis als besonders erfolgreich, wohingegen weniger autonomiebedürftige Patienten ein besseres Ergebnis in der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und im Gruppensetting erreichten (Beutler et al., 1991; Grawe, Caspar & Ambühl, 1990). In einer multizentrischen Depressionsstudie des *National Institute of Mental Health* (NIMH; Imber et al., 1990; Elkin, 1994) konnten aus einer Vielzahl von Patientenmerkmalen drei differentielle Zusammenhänge gefunden werden: Eine geringere soziale Dysfunktionalität vor der Therapie hing mit einem besseren Erfolg der interpersonellen Therapie zusammen. Eine geringere kognitive Dysfunktionalität vor der Therapie ging mit einem besseren Abschneiden der KVT und der Medikamenten-Bedingung einher. Von der Medikamenten-Bedingung profitierten insbesondere Patienten, die eine ausgeprägtere Leistungseinschränkung auf-

wiesen. Die vorgelegten Studien deuteten darauf hin, dass Patienten dann am besten von der Therapie zu profitieren scheinen, wenn das therapeutische Vorgehen ihren Fähigkeiten und Eigenschaften besonders angepasst war (Bergin & Garfield, 1994; Grawe, 1998).

Wie in der neueren Diskussion zur Erforschung der *aptitude by treatment interactions* (ATIs) aufgezeigt werden konnte, sind in prospektiven Studien kaum lineare Zusammenhänge zwischen einzelnen Patientenvariablen und bestimmten Interventionstechniken zu finden (zusammenfassend Beutler, Harwood, Alimohamed & Malik, 2002; Beutler et al., 2004; Clarkin & Levy, 2004). Im Rahmen des *MATCH-Project* (Project MATCH Research Group, 1997), in dem die selektive Indikation bei Alkoholpatienten untersucht wurde (N = 952 / 774), wurde die Passung von Patient und Therapeut entweder linear oder aufgrund eines komplexen *multilevel*-Modells herbeigeführt. Es zeigte sich, dass durch die Verwendung des komplexen, therapiemanual-

übergreifenden, auf Patienten- und Therapeutenvariablen basierenden Modells eine Verbesserung der Erfolgsvorhersage erzielt werden konnte.

Die berichteten Resultate weisen darauf hin, dass mit linearen selektiven Indikationskriterien kaum verbesserte Therapieergebnisse erzielt werden können und die Nutzung persönlicher Fähigkeiten und Vorlieben der Patienten für die therapeutische Arbeit auf feinmaschiger Prozessebene zu erfolgen hat. Die Indikation mittels Formulierung patientenspezifischer Eigenschaften, die einen positiven Einfluss auf den Stunden- und Therapie-Outcome haben, und deren Verbindung mit therapeutischen Interventionen, welche zu bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen beim Patienten führen (*Schlüssel-Schloss-Prinzip*), ist ein Zugang, der von verschiedenen integrativen Forschern geteilt wird (vgl. Beutler & Harwood, 2000; Caspar, 1996; Clarkin & Levy, 2004; Grawe, 1998, 2004).

1.3 Die Nutzung und Herbeiführung positiver Veränderungserwartungen

Einen weiteren Hinweis auf die Wirksamkeit ressourcenaktivierender Interventionen stellt die Nutzung und Herbeiführung positiver Veränderungserwartungen dar (Grawe, 2004; Grawe-Gerber, 1999). Bereits Frank (1974; Frank & Frank, 1991) argumentierte, das therapeutische Unterfangen bringe als solches bereits die Erwartung mit sich, dem Patienten könne tatsächlich geholfen werden. Die Patienten befänden sich insbesondere zu Beginn der Therapie in einem demoralisierten Zustand. Diese Demoralisierung zeichnet sich dadurch aus, dass die Patienten besonders am Scheitern der eigenen Problemlöseversuche leiden und die Suche nach weiteren Lösungen aufgegeben haben (Howard, Lueger, Maling & Martinovich, 1993; Lutz, 2003). Die Patienten befinden sich in einem Zustand der Hilf- und Hoffnungslosigkeit (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). In den letzten Jahren wurde in verschiedenen empirischen Übersichtsarbeiten die Erfolgsrelevanz positiver Veränderungserwartungen bestätigt und deren vermehrte Mitberücksichtigung in der therapeutischen Arbeit gefordert (Arnkoff, Glass & Shapiro, 2002; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004; Mathier, 2005; Schulte, 2005). Diese Ergebnisse bestätigen die bereits von Orlinsky, Grawe und Parks (1994) berichteten positiven Zusammenhänge, die sich sowohl aus Sicht der Patienten, der Therapeuten als auch der Beobachter als einheitlich erwiesen.

Ilardi und Craighead (1999) konnten ebenfalls in einer Untersuchung zu Behandlungsfaktoren bei

der KVT von Depressiven aufzeigen, dass sich die Verbesserung der Symptome bereits vor dem Einsatz der kognitiven Umstrukturierung einstellte. Die Reduktion der Hoffnungslosigkeit wird durch die Vermittlung eines Veränderungs-Rationalen als gewichtiger Mediator diskutiert. Die Resultate der Erforschung von *early responders* (frühes Ansprechen auf die Therapie) zeigen, dass bei diesen Patienten die Verbesserungen schon vor dem Einsatz bestimmter therapeutischer Techniken einsetzen (Haas, Hill, Lambert & Morrell, 2002). Renaud et al. (1998) konnten bei einer Untersuchung (N = 100) zu *rapid responders* eine dreifache Interaktion aufzeigen: Bei den *rapid responders* (N = 31) hatten die Patienten, die mit einer nondirektiven supportiven Kontrollgruppe behandelt wurden, das beste und stabilste Therapieergebnis im Vergleich zu den KVT- bzw. systemisch-behavioralen Behandlungsbedingungen. Bei *not-rapid responders* (N = 69) erreichte die KVT-Bedingung das beste Therapieergebnis, wobei hier insgesamt die Chancen auf einen Therapieerfolg geringer waren. Interessanterweise wird in der Diskussion der Ergebnisse weniger auf die Wichtigkeit unterstützender Behandlungsrationale zu Beginn der Therapie hingewiesen, sondern die Resultate werden in die Richtung diskutiert, wie die unliebsamen frühen nichtspezifischen Erwartungseffekte aus den Studien herausgewaschen werden könnten. Es lässt sich jedoch vermuten, dass das aktive Aufgreifen und Nutzen der positiven Therapieerwartungen von Seiten des Therapeuten bei der Umwandlung von kurzfristigen *Placeboeffekten* in überdauernde Therapieeffekte eine wichtige Mediatorfunktion inne hat (vgl. Grawe, 1998; Tallman & Bohart, 2001; Hubble, Duncan & Miller, 2001).

1.4 Ressourcenorientierte KVT-Therapiemanuale und -module

In der Arbeitsgruppe um Ulrike Willutzki in Bochum wurde für sozialphobische Patienten ein umfassendes ressourcenorientiertes Therapiemanual entwickelt, zu dem inzwischen eine erste veröffentlichte, experimentelle Studie vorliegt (Willutzki, Neumann, Haas, Koban & Schulte, 2004). Im Rahmen dieser Psychotherapie-Vergleichsstudie wurde ein traditionell kognitiv-behaviorales (Clark, 1997) mit einem kognitiv-behavioralen, ressourcenorientierten Behandlungskonzept (KROT; Willutzki, Koban & Neumann, 1998) verglichen. Die 83 Probanden wurden den Bedingungen randomisiert zugeteilt; die Therapeuten wurden jeweils in einer der beiden Therapieformen geschult und getrennt su-

pervidiert. Die Ergebnisse weisen auf eine Überlegenheit der KROT-Bedingung in Bezug auf verschiedene symptomspezifische Veränderungsmaße hin. Von besonderem Interesse waren dabei die Analysen der Prozessverläufe: So schätzten sich die Patienten der ressourcenorientierten Bedingung grundsätzlich unabhängiger von der Unterstützung durch ihre Therapeuten ein.

Die *well-being therapy* von Fava und Ruini (WBT; Fava & Ruini, 2003) greift konzeptuell auf das Modell des psychologischen Wohlbefindens von Ryff zurück (Ryff & Singer, 1996). Sie wurde zur Behandlung der Residualsymptome bei depressiven Patienten entwickelt (Fava, 1999). In einer Untersuchung mit 20 zuvor erfolgreich behandelten Angst- und Depressionspatienten zeigte sich die WBT der traditionellen KVT-Residualbehandlung in Bezug auf das psychologische Wohlbefinden als überlegen – wobei beide Residualbehandlungen zu einer Verringerung der Residualsymptome führten (Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti & Grandi, 1998b). Bei der Rückfallrate zeigte sich in einer weiteren Untersuchung von 40 zuvor medikamentös behandelten Patienten mit Major Depression sowohl die WBT- als auch die KVT-Bedingung einer Kontrollgruppe (*live stile modification*) überlegen (Fava, Rafanelli, Grandi, Conti & Belluardo, 1998a). In einer Pilotstudie zur Rückfallprophylaxe mit zehn depressiven Patienten konnte aufgezeigt werden, dass die kombinierte KVT-WBT-Behandlung der rein medikamentösen Behandlung in den 2- und 4-Jahres-Katamnesen überlegen war (Fava, Ruini, Rafanelli & Grandi, 2002). Eine sequentiell kombinierte WBT-KVT-Behandlung an 20 Patienten mit Generalisierter Angststörung zeigte im Vergleich zur reinen KVT-Bedingung sowohl in der Symptomreduktion als auch im psychologischen Wohlbefinden signifikant höhere Effekte (Fava et al., 2005).

Für die Induktion positiver Therapieerwartungen wurden unterschiedliche ressourcenorientierte Therapiemodule entworfen, welche die patientenspezifischen Erwartungen und Ziele an die Therapie besonders gut elaborieren und für die Therapie nutzen sollen. *Elaboration of positive perspectives to develop clients goal structure* (EPOS; Koban & Willutzki, 2001; Willutzki & Koban, 2004) ist ein Therapiemodul, in dem Therapieziele mittels Entspannungsinduktion und anschließender Zielelaboration besonders vertieft bearbeitet werden sollen. In einer Stichprobe von 17 Patienten wurde in den ersten vier Sitzungen EPOS durchgeführt und mit einer KVT-Kontrollgruppe verglichen. Es zeigten

sich in der Experimentalgruppe eine stärkere Reduktion der Demoralisierung und ein höherer Selbstwert, vor allem wenn die Patienten in einen Zustand einer holistischen Informationsverarbeitung kamen. In den Therapeuten-Stundenbogen wurde eine höhere Patienten-Offenheit beurteilt (vgl. Willutzki, 2000). In einer weiteren Studie (N = 163) verglichen Berking et al. (2004) EPOS mit einer fertigkeitsorientierten und einer Standard-KVT-Kontrollgruppe. Die EPOS-Bedingung zeigte sowohl in der Prozessqualität (Selbstwert- und Kontrollererfahrungen, Problembewältigung) als auch beim Wohlbefinden im Vergleich zu den beiden Kontrollgruppen bessere Werte.

Basierend auf der kognitiven Hoffnungs-Theorie von Snyder (2000) wurden hoffnungsfördernde Strategien zur Entwicklung von Therapiezielen entworfen und erste empirische Ergebnisse berichtet (Lopez et al.; 2000; Cheavens, Feldman, Woodward & Snyder, 2006; Cheavens, Feldman, Gum, Michael & Snyder, 2006).

Zusätzlich zu den oben dargestellten Ansätzen, die bei den schon bestehenden Veränderungserwartungen der Patienten ansetzen, werden in der Literatur zudem Vorgehensweisen diskutiert, die besonders geeignete volitionale Voraussetzungen an die Therapie erschaffen oder fördern (vgl. Arnkoff et al., 2002; Prochaska & DiClemente, 1983). Module zur spezifischen Förderung der Therapiemotivation wurden aktuell im deutschsprachigen Raum für unrealistische Rollenerwartungen an die Therapie (Mathier, 2005) und zur Förderung volitionaler Kompetenzen (Forstmeier & Rüddel, 2007) entwickelt und in ersten Pilotstudien getestet.

Insgesamt weisen die vorgestellten Studien darauf hin, dass kombiniert ressourcenorientierte KVT-Behandlungen über verschiedene Störungsbilder hinweg die Standard-KVT-Behandlungen verbessern helfen. Kritisch sei hier jedoch anzufügen, dass in einigen Designs keine aktiven Kontrollgruppen eingesetzt wurden und dass die Fallzahlen im Vergleich zu anderen Behandlungsformen insgesamt noch klein sind.

(2) Ressourcen- und lösungsorientierte Ratingmanuale auf Minutenebene

Zur Erfassung ressourcenorientierten Therapeutenverhaltens wurden im deutschsprachigen Raum außerhalb der Berner Gruppe zwei verschiedene Video-Ratingmanuale entwickelt (Honermann, Müsen, Brinkmann & Schiepek, 1999; Kosfelder, 2000). Beide Ratingmanuale operationalisieren ressourcen-

und lösungsorientierte Interventionstechniken und Prozessmerkmale. Das Ratinginventar lösungsorientierter Interventionen (RLI) von Honermann et al. (1999; Schiepek, Honermann, Müssen & Senkbeil, 1997) fokussiert ausschließlich auf Prozessmerkmale des Therapeuten. Das 23 Items umfassende Rating setzt sich aus sieben Faktoren zusammen: (1) Problemanalyse, (2) Zielaktualisierung, (3) Konkretisierung von Lösungen, (4) Beziehungsgestaltung, (5) Ressourcenorientierung, (6) Alternatives Denken, (7) Reframing. Anhand zweier Therapiestunden wurden exemplarisch verhaltenstherapeutische und ressourcenorientiert-systemtherapeutische Interventionen miteinander verglichen. Es zeigte sich einerseits, dass in den beiden Therapieverfahren unterschiedliche therapeutische Prozesse stattfinden, dass aber andererseits im Therapeutenverhalten beider Therapieansätze lösungs- und ressourcenorientierte Elemente vorkommen. Die einzelnen Items zeigen gute Interraterreliabilitäten, wobei sich die Skalenbildung jedoch als problematisch erweist, da die Items unterschiedliche Prozesse erfassen.

Das Ratinginventar zur Erfassung lösungsorientierter Elemente in Therapiesitzungen (RILET) von Kosfelder (2000), fokussiert auf einer inhaltlich etwas globaleren Ebene ebenfalls ressourcen- und lösungsorientierte Prozesse, wobei zusätzlich nun auch der Therapieprozess aus der Sichtweise des Patienten beurteilt wird. RILET umfasst folgende Skalen: (1a) Explizierung von Wünschen, (1b) Fortschritte, (1c) Umgang mit Nicht-Verbesserungen; (2a) Offene Wunderfrage, (2b) Versteckte Wunderfrage; (3) Ausnahmen; (4) Ressourcenfokus; (5) Zielzustandsskalierung; (6) Erste Schritte; (7a) Direkte Komplimente, (7b) Indirekte Komplimente; (8) Globalurteil. Dabei wird der Therapieprozess nicht nur auf das Vorhandensein eines bestimmten Inhalts untersucht, sondern auch auf dessen Qualität hin beurteilt. Diese Trennung von Inhalt und Qualität ist insofern von Vorteil, als auf diese Weise unterblieben von schlecht gemachten Interventionen unterschieden werden können. Die mit RILET erhobenen ressourcenorientierten Interventionen erweisen sich sowohl in einer ressourcenorientierten Behandlungsgruppe als auch in der verhaltenstherapeutischen Kontrollgruppe als hochgradig erfolgsrelevant. In beiden Ratingmanualen wird die non-verbale und paraverbale prozessuale Qualität der Interventionen jedoch nicht berücksichtigt.

Im Gegensatz zu den beiden oben erwähnten lösungsorientierten 1-Minuten-Ratingansätzen wird bei der Konsistenztheoretischen Mikroprozess-

Analyse (KMP) von Gassmann (2002; Gassmann & Grawe, 2006) zusätzlich zur inhaltlichen Ebene die prozessuale Qualität des Therapieprozesses auf Minutenebene untersucht. Bei der Ressourcenaktivierung werden die Bereiche (1) interpersonale Ressourcen, (2) persönliche Ressourcen und (3) die positive Therapiebeziehung beurteilt. In diesen drei Bereichen wird sowohl die inhaltliche Thematisierung als auch die prozessuale Aktivierung mit Fokus auf die Patienten und Therapeuten beurteilt.

Basierend auf den drei erstgenannten Ratingmanualen wurde die Ressourcenorientierte Mikroprozess Analyse (ROMA; Flückiger, 2004) entwickelt. Im Gegensatz zu den ersten drei Manualen werden spezifische Verhaltensmarker von Therapeuten und Patienten von unabhängigen Beobachtern gesondert beobachtet. Es wird sowohl die Quantität als auch die Qualität der Verhaltensmarker eingeschätzt. Die verhaltensnahe und spezifische Operationalisierung der Verhaltensmarker führt insgesamt zu guten Beurteilerübereinstimmungen (Tabelle 1). Die globale Einschätzung der Ressourcenaktivierung hat eine befriedigende Konstruktvalidität (konvergente Validität: $r_{\text{korr.}} = .72$ zwischen KMP-Patient und ROMA-P; $r_{\text{korr.}} = .65$ zwischen KROT-Therapeut und ROMA-P / diskriminante Validität: $r_{\text{korr.}} = .24$ zwischen KMP-Problembearbeitung und ROMA-P; $r_{\text{korr.}} = .42$ zwischen KMP-Therapiebeziehung und ROMA-P).

(3) Empirischer Stand der Berner Forschungsgruppe

Die bisherigen Erkenntnisse der eigenen Forschungsgruppe im Hinblick auf eine erfolgreiche Ressourcenaktivierung wurden innerhalb von korrelativen Prozess-Outcome-Studien gewonnen. Dabei kann die Arbeitsgruppe auf eine langjährige Entwicklung unterschiedlicher Prozess-Ratingmanuals zurückgreifen, in der die Aktivierung von Ressourcen einen zentralen Gegenstand der Untersuchungen darstellte, was zu einem beeindruckenden Datenmaterial videoanalysierter Therapien führte (Tabellen 2a und b).

Die untersuchten Videos wurden jeweils nach bestimmten Kriterien ausgewählt, wie z. B. produktive vs. unproduktive Sitzungen oder Sitzungen mit besonders guter vs. schlechter Therapiebeziehung. Die Wirkfaktormuster der verschiedenen Extremgruppen wurden anschließend miteinander verglichen und Interventionsheuristiken abgeleitet. Die Wirkfaktormuster sind einerseits insbesondere durch Multikollinearität bedingt, auf nomothetischer Ebene

ne teilweise schwer interpretierbar, andererseits wird dadurch die Komplexität therapeutischer Interaktionen eindrücklich dokumentiert (vgl. Smith & Grawe, 2003, 2005) und für den Einzelfall zugänglich gemacht (Regli, 1997; Regli et al., 1998).

Die Aktivierung von Ressourcen erwies sich als ein bedeutungsvoller psychotherapeutischer Wirkfaktor, der jedoch im therapeutischen Prozess insbesondere zu Beginn der Therapie von Fremdratern als erstaunlich wenig realisiert beurteilt wurde (Dick, 1999; Gassmann, 2002). Eine zentrale Interventionsheuristik von Grawe (1998, 2004), dass bei

der Problembearbeitung gleichzeitig auch eine starke Ressourcenaktivierung und eine Veränderungsperspektive eingenommen werden soll, konnte in den verschiedenen Studien bestätigt werden (Dick et al., 1999; Gassmann, 2002; Gassmann & Grawe, 2006; Smith & Grawe, 2003, 2005; Smith, Regli & Grawe, 1999). Diese Interventionsheuristik kann auch als „Balance-Heuristik“ bezeichnet werden.

Bei Dick (1999) ergab sich das konsistente Bild, wonach hohes Wohlbefinden mit dem Erleben und Thematisieren von Ressourcen einhergeht. Diese Effekte zeigten sich sowohl bei Patienten mit de-

Tabelle 1: *Tabelle 1: Ressourcenorientierte Mikroprozess-Analyse – Patient (ROMA-P)*

	γ	ρ	κ
Affektivität:			
a1) Intensität	.93	.69	.69
a2) Positiver Affekt	–	.74	.72
a3) Negativer Affekt	.94	.57	.46
a4) Eindeutigkeit	.99	.15	.15
Globale Einschätzungen:			
G3) Ressourcenaktivierung global	.96	.74	.73
Inhaltliche Qualität:			
Verhaltensmarker (resource units)			
I) Potentiale Ressourcen stärken			
A1) Unmittelbarer Therapieprozess			
ru1) Positive Verstärkungen an den Therapeuten	–	.71	.67
A2) Positive Inhalte thematisieren			
ru4) Positive Fertigkeiten	.99	.83	.83
ru5) Positive Gefühle und Stimmungen	.99	.77	.77
ru6) Interpersonale Fähigkeiten und Ressourcen	.99	.81	.80
QA) Qualität Ressourcen stärken	.96	.82	–
II) Motivationale Ressourcen aufbauen			
B1) Positive Veränderungen anstreben			
ru10) Positive Ziele erleben und ansprechen	.99	.82	.82
ru11) Lösungen vorwegnehmen und konkretisieren	.99	.84	.83
ru12) Alternativen abwägen, wählen, entscheiden	–	.95	.95
QB) Qualität Ressourcen aufbauen	.96	.86	.80
III) Probleme eingrenzen			
C1) Ressourcenorientierte Reformulierung von Problemen			
ru 13) Metaphern verwenden	–	.82	.82
ru 14) Ausnahmen thematisieren	–	.62	.61
ru 15) Relativierung durch Abwärtsvergleiche	–	.61	.59
QC) Qualität Probleme eingrenzen	.85	.68	.66

Anmerkungen: γ = Goodman & Kruskals Gamma / ρ = Spearmans's Rangkorrelation / κ = Cohens Kappa.

Tabelle 2a: *Berner Prozessforschung anhand von Videoanalysen – Ressourcenaktivierung als allgemeiner Wirkfaktor*

Autoren	Untersuchungsschwerpunkt
Dick (1999)	WIFA: Positive Effekte der Psychotherapie auf das Wohlbefinden
Dick, Grawe, Regli & Heim (1999)	WIFA: Adaptive Feinsteuerung im Therapieprozess
Gassmann (2002)	KMP: Darstellung des Messinstrumentes und vorläufige Ergebnisse
Gassmann & Grawe (2004)	KMP: Intrapersonale Ressourcen
Gassmann & Grawe (2006)	KMP: Korrektive Erfahrungen im Therapieprozess
Grawe (1999)	WIFA: Darstellung des Messinstrumentes
Grawe, Regli, Smith & Dick (1999)	WIFA: Darstellung des Messinstrumentes
Regli (1997)	CIPA: Darstellung des Messinstruments und vorläufige Ergebnisse
Regli, Bieber, Mathier & Grawe (2000)	WIFA: Ressourcenaktivierung zu Beginn der Therapie
Regli, Grawe, Gassmann & Dick (1998)	CIPA: Darstellung des Messinstrumentes und vorläufige Ergebnisse
Smith (2001)	WIFA: Problembearbeitung und Ressourcenaktivierung
Smith & Grawe (2000)	WIFA: Ressourcenaktivierung und Therapiebeziehung
Smith & Grawe (2003)	WIFA: Produktive Therapiesitzungen
Smith & Grawe (2005)	WIFA: Wirksame Wirkkonstellationen im Therapieprozess
Smith & Grawe (submitted)	WIFA: Wirksame Interventionen in schwierigen Therapiesituationen
Smith, Regli & Grawe (1999)	WIFA: Problemaktualisierung und Ressourcenaktivierung

Tabelle 2b: *Anzahl systematisch analysierter Sitzungen*

Projekt	Anzahl Sequenzen	Anzahl Sitzungen	Anzahl Therapien
CIPA	k. A.	269	6
WIFA	3637	798	241
KMP	6786	120	30

Anmerkung: CIPA = Comprehensive Individualized Process Analysis (Systematisierte Einzelfall-Analysen – inhaltlich definierte Episoden zwischen 3 und 15 Minuten) / KMP = Konsistenztheoretische Mikro-Prozessanalyse (Rating auf Minutenebene) / WIFA = Wirkfaktorenanalyse (Rating auf 10-Minuten-Ebene).

pressiver als auch mit einer Angst-Symptomatik, wobei bei Angstproblemen auch die Probleme stark thematisiert wurden. Produktive Sitzungen zeichnen sich in *answer tree*-Analysen (Gnadadesikan, 1977) durch eine hohe Patientenkompetenz und -motivation sowie durch ein stärkeres Erleben der Fähigkeiten beim Patienten aus (Smith, 2001; Smith & Grawe, 2003). Als besonders wirkungsvoll zeigte sich insbesondere die prozessuale Aktivierung von Ressourcen im Unterschied zur bloßen inhaltlichen Thematisierung von Patientenressourcen (Gassmann, 2002; Dick et al. 1999). In erfolgreichen Therapiesitzungen verglichen mit nicht erfolgreichen Therapiesitzungen wurden in den Analysen über die ganzen Sitzungen hinweg beim Therapeuten verstärkt ressourcenaktivierende Interventionen und beim Patienten verstärkt aktivierte Ressourcen beobachtet (vgl. Gassmann, 2002). Dabei besteht zwischen dem Verhältnis von aktivierten Ressourcen und aktivierten Problemen ein Zusammenhang mit dem Stunden-Outcome: In erfolgreichen Therapiesitzungen werden mehr Ressourcen als Probleme aktiviert, in nicht erfolgreichen Therapiesitzungen ist dieser Zusammenhang genau umgekehrt (ebd.).

Interessanterweise wurde in nicht erfolgreichen Therapiesitzungen gegen Ende der Stunde vergleichbar viel Ressourcenaktivierung betrieben, jedoch nicht zu Beginn und in der Mitte der Sitzungen (Gassmann, 2002). Diese Resultate werden dahingehend interpretiert, dass die Therapeuten es unterließen, während der Stunde kontinuierlich Ressourcen zu aktivieren und dies am Ende der Therapie noch auszumerzen versuchten. Ein vergleichbares Muster wurde auch von Regli et al. (2000) berichtet: Bei mäßiger Therapiebeziehung führt ein erhöhtes Patientenengagement und eine vermehrte Ressourcenaktivierung nicht unmittelbar zu einer Verbesserung. Ressourcenaktivierung erscheint, auf diesen Resultaten basierend, eher ein fortdauernder als ein einmalig fokussierender Prozess zu sein, der bei ungünstigen Therapiebedingungen zur Verbesserung nachgeschoben werden kann (vgl. Grawe, 2004; Gassmann, 2002; Regli et al., 2000).

Hinsichtlich des Therapiebeginns untersuchten Smith und Grawe (2005) mittels *feature pattern analysis* (FPA; Feger, 1994) prototypische Muster für produktive und unproduktive Sitzungen. In produktiven Sitzungen konnten keine prototypischen Muster gefunden werden. In unproduktiven Sitzungen zeichnet sich das Muster durch eine gute Therapiebeziehung, ein hohes Therapeutenengagement, eine hohe Problembearbeitung und -Aktivierung,

jedoch wenig Ressourcenaktivierung und wenig Bearbeitungstiefe aus. Ressourcenaktivierung wurde von Regli et al. (2000) nach motivationalen und potentialen Ressourcen aufgeschlüsselt betrachtet. Bei erfolgreichen Therapien im Vergleich zu nicht erfolgreichen Therapien ist zwar eine bessere Therapiebeziehung und eine stärkere Aktivierung von Fähigkeiten festzustellen, erstaunlicherweise werden in nicht erfolgreichen Therapien aber mehr positive Ziele erlebt und thematisiert (Regli et al., 2000). Hinter den Resultaten lässt sich ein Deckeneffekt vermuten, da in den Therapien in den ersten Sitzungen die individuellen Therapieziele erarbeitet werden sollen. Positive Ziele werden also schon vom Rational her thematisiert. Verläuft der Findungsprozess positiver Therapieziele zähflüssig, gibt es mehr Sequenzen, welche die Zielbearbeitung thematisieren.

Tröskén (2002) konnte anhand von Fremdbeurteilungs-Ressourcenfragebogen aufzeigen, dass Patienten, die zu Beginn der Therapie bessere soziale und emotionale Ressourcen aufwiesen, mehr von der Psychotherapie profitieren konnten. Dies gilt besonders im Hinblick auf die Realisierung der wichtigsten Therapieziele. Patienten, die sich zu Beginn der Therapie besonders stress- oder krisenresistent beurteilten oder hilfreiche Beziehungen erlebten, konnten u. a. im Hinblick auf die Zielerreichung besonders von der Therapie profitieren (Tröskén & Grawe, 2003).

Zum Verhältnis von Problem- und Ressourcenaktivierung lassen sich zusammenfassend drei zentrale Interventionsheuristiken formulieren:

- 1) Bei der Bearbeitung von Problemen ist gleichzeitig auf die Aktivierung von Ressourcen zu achten (Dick et al., 1999; Gassmann, 2002; Smith & Grawe, 2003, 2005).
- 2) Bei schlechter Therapiebeziehung und/oder wenig aktivierten Ressourcen soll auf eine vertiefende Problembearbeitung verzichtet werden (Gassmann, 2002; Smith & Grawe, 2003, 2005; Regli et al., 2000).
- 3) Die Aktivierung von Ressourcen ist der Problemmaktivierung vorzuschieben und nicht umgekehrt, die Aktivierung von Ressourcen soll dabei kontinuierlich in den Therapieprozess einfließen (Regli et al., 2000; Gassmann, 2002; Gassmann & Grawe, 2006).

Im Gegensatz zu den Therapiemanualen, die auf das zumeist störungsspezifische „was machen“ fokussieren, geben die oben beschriebenen Interventions-

heuristiken allgemeine Leitlinien zum „wie machen“. Während die Ersteren somit eine therapeutische Gesamtkonzeption bieten, welche Inhalte wann und mit welcher Methode bearbeitet werden sollen, schaffen die Letzteren allgemeine Entscheidungshilfen in der Feinstuerung des Therapieprozesses. Weiterführend sind die vielfach replizierten allgemeinen sowie störungsspezifischen Ergebnisse aus der Prozessforschung in experimentellen Untersuchungen zu prüfen (vgl. Castonguay & Beutler, 2005; Grosse Holtforth, Castonguay & Borcovec, 2004).

Literatur

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49–74.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R. & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 335–356). New York: Oxford University Press.
- Baudis, R. (Hrsg.). (1997). *Nach Gesundheit in der Krankheit suchen – Neue Wege in der Sucht- und Drogen therapie*. Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht.
- Beutler, L. E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., Mohr, D. C., Dean, J. C. & Bernat, E. M. (1991). University of Arizona: Searching for differential treatments. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research. An international review of programmatic studies* (pp. 90–97). Washington, DC: APA.
- Beutler, L. E. & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy – A practical guide to systematic treatment selection*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Harwood, T., Alimohamed, S. & Malik, M. (2002). Functional impairment and coping style. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 129–144). New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, R. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th Ed.) (pp. 227–306). New York: Wiley.
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Berking, M., Hecker, A., Koban, K., Willutzki, U., Schröder, K. & Jacobi, C. (2004). Der schwere Weg zum richtigen Ziel: Evaluation eines Gruppenprogramms zur Erleichterung der Zielfindung zu Beginn einer psychosomatischen Rehabilitation. In: Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation. *DRV-Schriften*, 52, 531–532.
- Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2005). (Eds.). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T. & Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77(1), 61–78.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Woodward, J. T. & Snyder, C. R. (2006). Hope in cognitive psychotherapies: On working with client strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 135–145.
- Clark, D. M. (1997). Panic disorder and social phobia. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behavior therapy* (pp. 119–153). New York: Oxford University Press.
- Clarkin, J. F. & Levy, K. L. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th Ed.) (pp. 194–219). New York: Wiley.
- De Shazer, S. (1997). *Der Dreh: Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Dick, A. (1999). *Die Beeinflussung von Glück und Wohlbefinden durch Psychotherapie* (Unveröffentlichte Dissertation). Institut für Psychologie der Universität Bern.
- Dick, A., Grawe, K., Regli, D. & Heim, P. (1999). Was sollte ich tun, wenn ...? Empirische Hinweise für die adaptive Feinstuerung des Therapiegeschehens innerhalb einzelner Sitzungen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 31(2), 253–279.
- Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 114–139). New York: Wiley.
- Erickson, M. H. (1980). *The nature of hypnosis and suggestion*. New York: Irvington.
- Fava, G. A. (1999). Well-being therapy. Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171–179.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S. & Grandi, S. (1998b). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms

- of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28, 475–480.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S. & Belluardo, P. (1998a). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioural therapy. Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 55, 816–820.
- Fava, G. A. & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 45–63.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L. & Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1), 26–30.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C. & Grandi, S. (2002). Cognitive behavioural approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2094–2095.
- Feger, H. (1994). *Structure analysis of co-occurrence data*. Aachen: Shaker.
- Flückiger, C. (2004). *ROMA – Ressourcenorientierte Mikroprozess-Analyse* (Unveröffentlichtes Manuskript). Universität Bern.
- Flückiger, C. & Grosse Holtforth, M. (2007). Ressourcenaktivierung und motivorientierte Beziehungsgestaltung – Bedürfnisbefriedigung in der Psychotherapie. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden*. Heidelberg: Springer.
- Foppa, K. (1984). Operationalisierung und der empirische Gehalt psychologischer Theorien. *Psychologische Beiträge*, 26, 539–551.
- Foppa, K. (1988). Über Möglichkeitsräume von Handlungen. *Psychologische Beiträge*, 30, 248–254.
- Forstmeier, S. & Rüddel, H. (2007). Improving volitional competence is crucial for the efficacy of psychosomatic therapy: A controlled clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(2), 89–96.
- Frank, J. D. (1974). Psychotherapy: The restoration of morale. *American Journal of Psychiatry*, 131, 271–274.
- Frank, J. D. & Frank J. B. (1991). *Persuasion and Healing* (3rd Ed.). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Frank, R., Vaitl, D. & Walter, B. (1995). Verdirbt Krankheit den Genuss? In R. Lutz & N. Mark (Eds.), *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker* (S. 95–112). Göttingen: Hogrefe.
- Gassmann, D. (2002). *Korrektive Erfahrungen im therapeutischen Prozess* (Unveröffentlichte Dissertation). Institut für Psychologie der Universität Bern.
- Gassmann, D. & Grawe, K. (2004). Die Messung intrapersonaler Ressourcen im Therapieprozess: Ergebnisse der Mikroprozessanalyse KMP. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 36(1), 63–72.
- Gassmann, D. & Grawe, K. (2006). General change mechanisms. The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(1), 1–11.
- Gnanadesikan, R. (1977). *Methods for statistical data analysis of multivariate observations*. New York: Willey.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe. (Englisch erschienen 2002: *Psychological therapy*. Göttingen/Seattle: Hogrefe.)
- Grawe, K. (1999). Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 31(2), 185–199.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, ganzes Heft.
- Grawe, K. & Flückiger, C. (2005). *ROMA – Ressourcenorientierte Mikroprozessanalyse*. Unpublizierter Antrag an den Schweizerischen Nationalfonds (SNF).
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung – ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63–73.
- Grawe, K., Regli, D., Smith, E. & Dick, A. (1999). Wirkfaktorenanalyse – ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 31(2), 201–225.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J. & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26, 657–678.
- Grosse Holtforth, M., Castongauy, L. G. & Borcovec, T. D. (2004). Expanding our strategies to study the process of change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 396–404.
- Gutscher, H., Hornung, R. & Flury-Kleuber, P. (1998). Das Transaktionspotentialmodell: Eine Brücke zwischen salutogenetischer und pathogenetischer Sichtweise. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- und Krankheitstheorie. Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 49–72). Berlin: Springer.

- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J. & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1157–1172.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A phase theory of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678–685.
- Honermann, H., Müssen, P., Brinkmann, A. & Schiepek, G. (1999). *Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen (RLI)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2001). Das Augenmerk auf das richten, was funktioniert. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 289–344). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Ilardi, S. S. & Craighead, W. E. (1999). Rapid early response, cognitive modification, and nonspecific factors in cognitive behavior therapy for depression: A reply to Tang and DeRubeis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 295–299.
- Imber, S. D., Pilkonis, P. A., Sotsky, S. M., Elkin, I., Watkins, J. T., Collins, J. F., Shea, M. T., Leber, W. R. & Glass, D. R. (1990). Mode-specific effects among three treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 352–359.
- Koban, C. & Willutzki, U. (2001). Entwicklung positiver Perspektiven in der Psychotherapie: Die Interventionsmethode EPOS. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 34 (2), 225–239.
- Kosfelder, J. (2000). *Handlungsorientierung durch Lösungsfokus: Eine klinisch-psychologische Interventionsstudie*. Osnabrück: Der Andere Verlag.
- Lopez, S. J., Floyd, R. K., Ulven, J. C. & Snyder, C. R. (2000). Hope therapy. Helping clients build a house of hope. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures and applications*. San Diego, CA: Academic Press.
- Lutz, R. (1996). Exploration positiver Eigenschaften. Ein Beitrag zum verhaltensdiagnostischen Interview. In H. S. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement: Frederick H. Kanfer zum 70. Geburtstag* (S. 185–198). Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, W. (2003). *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapie*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Mathier, F. (2005). *Therapievorbereitung für Psychotherapien. Konzeption und Pilotstudie zur Überprüfung deren Wirksamkeit* (Unveröffentlichte Dissertation). Institut für Psychologie der Universität Bern.
- Nestmann, F. (1996). Psychosoziale Beratung – ein resourcentheoretischer Entwurf. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 28, 359–376.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270–376) (4th Ed.). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Rönnebeck, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307–389) (5th Ed.). New York: Wiley.
- Petzold, H. G. (1997). Das Ressourcenkonzept in der sozial-interventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie*, 4, 435–471.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390–395.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (2002). Stages of change. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 303–313). New York: Oxford University Press.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcohol treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies in Alcoholism*, 58, 7–29.
- Regli, D. (1997). *CIPA – Beschreibung und Anwendung einer integrativen Forschungsstrategie für die Psychotherapieprozessforschung* (Unveröffentlichte Dissertation). Institut für Psychologie der Universität Bern.
- Regli, D., Bieber, K., Mathier, F. & Grawe, K. (2000). Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21(4), 399–420.
- Regli, D., Grawe, K., Gassmann, D. & Dick, A. (1998). CIPA – eine Methode zur Verbindung von quantitativer und qualitativer Einzelfallanalyse. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 48(7), 243–256.
- Reinecker, H. (1995). Wie krank sind Zwangspatienten? oder: Was ist gesund am Zwang? In R. Lutz & N. Mark (Hrsg.), *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker* (S. 225–236). Göttingen: Hogrefe.
- Renaud, J., Brent, D. A., Baugher, M., Birmaher, B., Kolko, D. J. & Bridge, J. (1998). Rapid response to psychosocial treatment for adolescent depression: A two-year follow-up. *Journal of the American*

- Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1184–1190.
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implication for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14–23.
- Schemmel, H. & Schaller, J. (2003). Ressourcen: Ausgangspunkte. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 9–23). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Schiepeck, G. & Cremers, S. (2003). Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 147–193). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Schiepek, G., Honermann, H., Müssen, P. & Senkbeil, A. (1997). Die Entwicklung eines Kodierinstrumentes für ressourcenorientierte Gesprächsführung in der Psychotherapie – Ratinginventar lösungsorientierter Interventionen (RLI). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26(4), 269–277.
- Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(3), 176–187.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3–9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology. An Introduction. American Psychologist*, 55, 5–14.
- Smith, E. (2001). *Produktive Therapiesitzungen* (Unveröffentlichte Dissertation). Institut für Psychologie der Universität Bern.
- Smith, E. & Grawe, K. (2000). Rolle der Therapiebeziehung im therapeutischen Prozess: Gefahren und Chancen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 22(4), 421–438.
- Smith, E. & Grawe, K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275–285.
- Smith, E. & Grawe, K. (2005). Which therapeutic mechanism works when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists' session-to-session decisions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 97–111.
- Smith, E. & Grawe, K. (submitted). *Turning the tables. How to make the best out of difficult conditions*.
- Smith, E., Regli, D. & Grawe, K. (1999). Wenn Therapie wehtut – Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 31, 227–251.
- Snyder, C. R. (Ed.). (2000). *Handbook of hope: Theory, measures and applications*. San Diego, CA: Academic Press.
- Snyder, C. R. & Taylor, J. D. (2000). Hope as a common factor across psychotherapy approaches: A lesson from the Dodo's verdict. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures and applications*. San Diego, CA: Academic Press.
- Tallmann, K. & Bohart, A. C. (2001). Gemeinsamer Faktor KlientIn: Selbst-HeilerIn. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 85–136). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Trösken, A. K. (2002). *Das Berner Ressourceninventar. Ressourcenpotentiale und Ressourcenrealisierung aus konsistenztheoretischer Sicht* (Unveröffentlichte Dissertation). Institut für Psychologie der Universität Bern.
- Trösken, A. K. & Grawe, K. (2003). Inkongruenzerleben aufgrund brachliegender und fehlender Ressourcen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 36(1), 52–62.
- Walther, J. L. & Peller, J. E. (1994). *Lösungsorientierte Kurztherapie*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Willutzki, U. (2000). *Positive Perspektiven in der Psychotherapie* (Unveröffentlichte Habilitationsschrift). Ruhr-Universität Bochum, Bochum.
- Willutzki, U. (2003). Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffsklärung. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 91–109). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Willutzki, U. & Koban, C. (2004). Enhancing motivation for psychotherapy: The elaboration of positive perspectives (EPOS) to develop clients' goal structure. In M. Cox & E. Klinger (Eds.), *Handbook of motivational counselling* (pp. 337–356). Chichester: Wiley.
- Willutzki, U., Koban, C. & Neumann, B. (1998). *Therapiemanual zum ressourcenorientierten Vorgehen bei Sozialen Ängsten*. Bochum: Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum.
- Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C. & Schulte, D. (2004). Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(1), 42–50.

Zu den Autoren

Christoph Flückiger, Dr. phil., Psychologe FSP ist Assistent am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern für Forschung und Lehre. An der am Lehrstuhl angegliederten Psychotherapeutischen Praxisstelle ist er als Psychotherapeut tätig. Zusätzlich engagiert er sich als Ausbilder in verschiedenen postgradualen Fort- und Weiterbildungen für Psychotherapie (Klaus-Grawe-Institut in Zürich; DGVT) und in psychosozialen Institutionen.

Forschungsschwerpunkte sind die experimentelle Untersuchung therapeutischer Interventionsheuristiken sowie die Erfassung psychotherapeutischer Prozesse in der Therapeut-Patient-Interaktion.

Daniel Regli, Dr. phil., Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, ist Mitglied des Klinischen Teams der Psychotherapeutischen Praxisstelle und arbeitet an der Universität Bern in Forschung und Lehre. Zudem

ist er verantwortlich für die Organisation des postgradualen Masterstudiums Psychotherapie an der Universität Bern und arbeitet als Ausbilder und Supervisor bei verschiedenen postgradualen Weiterbildungen in Psychotherapie und in psychiatrischen Institutionen.

Forschungsschwerpunkte sind die Realisierung von Wirkfaktoren im Psychotherapieprozess, insbesondere Ressourcen und Beziehungsgestaltung bei schwierigen Patienten, sowie Qualitätssicherung und Evaluation von Psychotherapie und Supervision.

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Christoph Flückiger
Institut für Psychologie
Gesellschaftsstr. 49
CH-3012 Bern
E-Mail: christoph.flueckiger@psy.unibe.ch